



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Material Académico

Atencio, Viviana, Baigorria, Natalia, Barrionuevo, Orlando, Bermúdez, Laura, Bonacalza, Gisela, Cáceres, Adriana, Cafferata, Eduardo, Castiello, Virginia, Chietino, Claudia, Grunweg, Celia, Hesayne, Maria Soledad, Herrera, Pablo, Ierace, Luciana, Konfino, Jonatan, Martin, Erika, Moreno, Cesar, Ojeda, Verónica, Orizzonte, Liliana, Otero, Sergio, Paredes, Roxana, Pereyra, Alejandra, Reyes, Evangelina, Rivas, Liliana, Rodal, Verónica, Stanley, Paola, Trepichio, Rubén, Vazquez, Mariana, Villa, Mabel, Vallone, Fernando, Zamarreño, María Eugenia y Ierace, Vicente Pascual

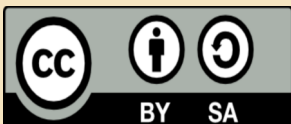
Atención Primaria de la Salud y SiLoS

2024

Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Instituto de Ciencias de la Salud.

Cuadernillos Didácticos de Salud Pública; n. 7



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.

Atribución – Compartir igual 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Atencio, V., Baigorria, N., Barrionuevo, O., Bermúdez, L., Bonacalza, G., Cáceres, A., Cafferata, E., Castiello, V., Chietino, C., Grunweg, C., Hesayne, M. S., Herrera, P., Ierace, L., Konfino, J., Martin, E., Moreno, C., Ojeda, V., Orizzonte, L., Otero, S.,... Ierace, V. P. (2024). *Atención Primaria de la Salud y SiLoS* [Material académico]. Universidad Nacional Arturo Jauretche. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/3560>



TEMA 7

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD y SiLoS

¿COMO VAMOS A TRABAJAR EN ESTE TEMA ?

El encuentro presencial es un espacio de debate y puesta en común de lo aprendido sobre el tema, para ello deberán realizar actividades que les ayudara en la interpretación de este:

- **Realizar una lectura y comprensión del texto**
- **Ver los videos**
- **Resolver los ejercicios propuestos**
- **Completar las autoevaluaciones para comprobar lo aprendido sobre el tema y registrar dudas para consultar en clase presencial.**
- **Trabajar grupalmente con la consigna propuesta, la que tendrán que presentar en la clase, participando activamente de la discusión con compañeros y docentes a través de aportes y preguntas sobre el tema.**

La finalidad de este material es comprender el concepto de la Atención Primaria de la Salud (APS), el momento histórico en el que se propuso esta estrategia y la importancia que tuvo y tiene para la salud en el mundo y, en especial, en Argentina. Además, nos enfocaremos en realizar un recorrido sobre los Sistemas Locales de Salud (SiLoS) y cómo surgen para facilitar la implementación de la APS. Junto a ustedes, queremos reflexionar acerca de las diferentes acepciones del término APS, pensar cómo se ha aplicado la estrategia en los diferentes momentos históricos socio-políticos y analizar, desde el contexto actual, su desarrollo. También exploraremos de qué forma puede la Atención Primaria de la Salud favorecer al propio sistema de salud, considerando especialmente la integración con los sistemas locales para una atención más equitativa, efectiva y centrada en la comunidad.

Durante el desarrollo del texto se abordarán los siguientes **contenidos**:

- Contexto histórico-político en el que se desarrolla la Declaración de Alma-Ata
- Introducción a la Atención Primaria de la Salud (APS)
- Antecedentes mundiales de la APS
- Antecedentes en Argentina de la APS
- Declaración de Alma-Ata 1978
- APS renovada
- Elementos conceptuales de la APS

- Enfoques de la APS
- Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud.
- Los procesos de descentralización y regionalización.
- El abordaje de los niveles de atención.
- Declaración de Astaná 2018

Comencemos:

En textos anteriores, hemos afianzado conceptos para pensar a la salud como proceso y no como un estado, además de comprender los enfoques sociales que hacen a la salud, entendiendo la importancia de la diferenciación entre atención y cuidado, estas diferencias son cruciales a la hora de introducirse en los enunciados y analizar la declaración de Alma Ata, hoy más conocida como atención primaria de la salud. Es necesario, además, comprender la importancia de la participación social para la toma de decisiones con respecto a la salud de las comunidades.

Recorriendo los textos podremos comprender los antecedentes de APS en Argentina y en el Mundo, la conferencia de Alma Ata, la APS selectiva versus la APS como Estrategia, y los elementos conceptuales de la atención primaria de la salud.

El objetivo principal de la Conferencia de Alma Ata, fue generar acuerdos para disminuir la brecha existente en ese momento entre los países más ricos y los países más pobres. **“Salud para todos”** fue una llamada social a la acción por parte de los países, frente a las grandes desigualdades en la salud de los pueblos. El gran posicionamiento fue que todos los países reconocieron a la salud como un derecho y no como un servicio de caridad o beneficencia.

Si bien no se han alcanzado todos los objetivos de Alma Ata, algunos siguen vigentes dado que aún persisten en muchos países los mismos problemas.

CONTEXTO HISTÓRICO-POLÍTICO DE LA DECLARACIÓN DE ALMA-ATA



La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud fue un evento de trascendencia histórica realizada en Alma Ata, antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (U.R.S.S), hoy ciudad de Astaná, capital de la república de Kazajistán, desde 6 al 12 de septiembre 1978. Fue convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), presidida en ese momento por el Dr. Halfan Mahler (promotor de la conferencia y gran defensor de la APS), y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La Conferencia contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales, y muchas organizaciones no gubernamentales de todo el mundo. El lugar fue elegido sin la aprobación de China, país que impulsó el encuentro y aportó como gran antecedente a la APS la experiencia de los médicos descalzos (de los que hablaremos más adelante), pero fue precisamente el gran ausente en Alma Ata.

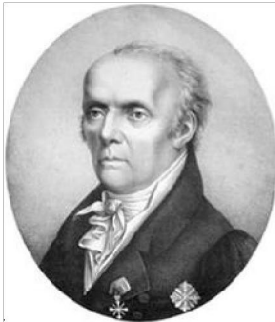


Durante los 6 días que duró la conferencia, **los países participantes se comprometieron a llevar adelante los lineamientos pactados.** Los acuerdos fueron enmarcados en una declaración que a lo largo del tiempo tomo una gran dimensión: **en 10 artículos se volcó el interés colectivo de construir una estrategia para disminuir principalmente las inequidades en salud de la población, con un compromiso y un accionar por parte de los gobiernos que superaría ampliamente las acciones del sector salud, e incorporaría entre sus objetivos a otros sectores e incluso las reformas necesarias en el campo de la economía.**

Finalizado el evento, casi todos los países del mundo se habían comprometido con una empresa muy seria. La Conferencia, la Declaración de Alma-Ata, y las Recomendaciones, los movilizarían para poner en marcha un proceso mundial que llevase al cumplimiento, progresivo pero firme, de la meta social y política de **"Salud para todos"**. Desde entonces, **Alma-Ata** y **"Atención Primaria de Salud"** son términos indisolubles.

ANTECEDENTES

La historia y el desarrollo de la APS tienen sus raíces en la "medicina social", con el movimiento generado en Europa a mediados del siglo XIX, liderado por Rudolf Virchow y Jules Guerin, al que le anteceden experiencias del siglo XVIII con Villermé, Johann Peter Frank, y otros pioneros del pensamiento que define a la **salud como derecho**.



Johan Peter Frank



Villermé



Rudolph Virchow



Jules Guerin



Otro antecedente importante es el Informe Dawson¹, realizado en 1920 en Inglaterra, que plantea la integración de la medicina preventiva y curativa, y el desarrollo de una red de efectores de salud (centros de salud y hospitales) que brindan servicios en un territorio geográfico determinado. En este informe se instala el concepto de "niveles de atención", diferenciando el nivel primario, con médicos generales y otros profesionales, y el nivel secundario, con personal especializado que atiende pacientes derivados desde el nivel anterior.

En el siglo XX la medicina social surge con experiencias concretas para la APS en todo el mundo.

En Estados Unidos una de las figuras más relevantes de esta corriente fue Henry Sigerist, quien impulsó desde los años 30 la organización del sistema de salud en el país. En 1941 delimitó las tareas de la medicina en cuatro niveles: la Promoción de la Salud, la Prevención de la Enfermedad, la Atención y la Rehabilitación. Sus ideas fueron la base de la definición de la OMS de 1946, que considera a la Salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social.

Otro hito en la historia de la Medicina Social fue el surgimiento de los Servicios Nacionales de Salud, luego de la Segunda Guerra Mundial, como parte del modelo de Estado de Bienestar con el objetivo de garantizar el acceso real a los servicios de salud.

El Servicio Nacional de Salud británico (NHS) fue el primer sistema con estas características. En América el primer Servicio Nacional de Salud fue el sistema chileno en 1952 (con antecedentes desde 1930) donde fue protagonista Salvador Allende (Apráez Ippolito, 2010)



¹¹ Para mayor información sobre este Informe revisen el anexo del tema 1



Pero en el mundo se desarrollaron desde muchos años antes diversas experiencias para afrontar los problemas de salud, a pesar de las limitaciones de recursos financieros, tecnológicos y humanos. Entre estas iniciativas destacamos a los **médicos descalzos formados en la República Popular China** en el contexto de la llamada “Revolución Cultural” en ese país (1966-1976). Se llamó “**médicos descalzos**” a los campesinos que recibían una formación sanitaria básica para trabajar en zonas rurales, con el propósito de llevar cuidados médicos a las áreas donde no llegaban los profesionales de la medicina. Entre sus actuaciones se incluyó la promoción de medidas de higiene, la atención preventiva de salud y los consejos de planificación familiar, así como el tratamiento de enfermedades comunes. Los médicos descalzos se enfocaban en la prevención más que en el tratamiento; el nombre provino de los granjeros del sur del país, quienes trabajaban descalzos en los arrozales, y cultivaban sus propias hierbas medicinales.

El sistema de los médicos descalzos fue una de las más importantes inspiraciones para la conferencia de la OMS en Alma Ata en 1978, cuya declaración final fue aclamada como un revolucionario progreso en la ideología internacional de salud. En Alma Ata se planteó la participación de las comunidades locales en la decisión de las prioridades de atención médica, exigiendo un énfasis en atención médica primaria y medicina preventiva, y lo más importante, se planteó la articulación de la salud con el comercio, la economía, las industrias, las políticas rurales y otras políticas y áreas sociales.

ANTECEDENTES DE LA APS EN ARGENTINA



Nuestro país tuvo desde casi un siglo antes de Alma Ata un importante movimiento sanitario relacionado con la determinación social de las enfermedades, y por intermedio de nuestros sanitaristas de fin del siglo XIX y principios del XX: Eduardo Wilde, José Penna, Emilio Ramón Coni y Salvador Mazza.



Otro hito significativo ocurrió en la década de 1940, durante el primer gobierno peronista, con la creación del **Ministerio de Salud a cargo del Dr. Ramón Carrillo**. Su pensamiento sanitario se basó en la concepción de la Medicina Social, y de la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado. Carrillo implementó un sistema único regionalizado, mediante servicios organizados por niveles de complejidad, con cobertura universal y financiamiento estatal, asignando un rol central al Centro de Salud, al Equipo interdisciplinario y a la Participación Comunitaria. Esta política se desarrolló entre 1946 y 1955, siendo lamentablemente desbaratada por la dictadura que derrocó al Presidente Perón en 1955.



En 1966 el **Dr. Carlos Alvarado crea el Programa de Salud Rural en la provincia de Jujuy**, desarrollando una estrategia basada en la **ronda sanitaria**, como metodología de trabajo consistente en visitas periódicas bimestrales realizadas por agentes sanitarios, enfermeros y trabajadores sociales. La ronda sanitaria incluía una serie de actividades, como inmunizaciones, información preventiva y detección de grupos vulnerables. Su práctica continua aún hoy en varias provincias del Noroeste argentino.

Otro de los antecedentes centrales para el desarrollo de la APS en nuestro país, fue el **Plan de Salud Provincial de Neuquén, creado en 1970 bajo la conducción de la Dra. Elsa Moreno y el**

Dr. Néstor Perrone. Este Plan fijó metas vinculadas a la adecuación de los servicios de salud para brindar accesibilidad y atender la demanda; atención materno-infantil con control de la embarazada, según normas; atención institucional del parto; control del niño según norma; asistencia alimentaria con leche en polvo a embarazadas y niños bajo control; vacunaciones; control de tuberculosis; control de la hidatidosis; extensión de los servicios odontológicos (especialmente para los escolares), y tareas de saneamiento básico.

Finalmente, es destacable la experiencia desarrollada en la década de 1980 en la Provincia de Buenos Aires. Bajo el liderazgo del entonces Ministro de Salud, Dr. Floreal Ferrara, se creó el **Programa ATAMDOS (Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud)**, el cual fue implementado entre los años 1988 y 1989, mediante la conformación de equipos interdisciplinarios en los centros de salud de los municipios bonaerenses.



Carlos Alvarado



Floreal Ferrara



Elsa Moreno

FLOREAL FERRARA Y UNA EXPERIENCIA DE APS QUE HIZO HISTORIA



“El ATAMDOS consistía en un grupo, en un equipo interdisciplinario, auténticamente interdisciplinario. Estaba compuesto por un médico/a, una enfermero/a, por un psicólogo/a, por un trabajador/a social, por un bioquímico/o y por un odontólogo/a cada 2 (dos) ATAMDOS. Ese grupo atendía 300 familias en un área señalada por ellos. Atendía todas las situaciones que debían atenderse en salud, y eran los responsables de la salud de ese grupo. Ese grupo tenía una característica fundamental: Ganaban exactamente lo que ganaba yo como Ministro de Salud. Pero había una responsabilidad, ninguno podía trabajar en otro lado; esto era exclusivo y con retención de título. Hicimos aproximadamente 900 nombramientos. Las 300 familias eran los que controlaban y dirigían, discutían y resolvían los problemas de salud”.

Floreal Ferrara. Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 1987-1988

Centro de Salud de Villa Hudson (Florencio Varela) sede de un equipo ATAMDOS



Como se planteó anteriormente, el Centro de Salud y el Equipo Interdisciplinario constituyen, junto a la Participación Comunitaria (concepto que abordamos en el tema 5), tres ejes centrales de la Atención Primaria de la Salud, y por lo tanto, fueron pilares del Programa ATAMDOS. A continuación, brindamos una breve referencia sobre las características del Centro de Salud y del Equipo de Salud (Ministerio de Salud PBA, 1987).

El Centro de Salud:

El Centro de Salud integral, entendido no sólo o principalmente como un edificio, sino como una estructura funcional que permite el desarrollo de la mayor parte de las actividades propias de la APS, es una opción organizativa adecuada para que los distintos profesionales que integran los equipos de salud puedan realizar sus funciones: desde la acogida inicial al usuario, hasta las actividades asistenciales, curativas, de promoción y prevención.

En el Centro de Salud se pueden implementar las siguientes acciones:

- ✓ Diagnóstico y tratamiento de pacientes.
- ✓ Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- ✓ Atención domiciliaria.
- ✓ Rehabilitación
- ✓ Atención continuada y urgente
- ✓ Vigilancia epidemiológica.
- ✓ Docencia e investigación.
- ✓ Gestión (funcionamiento interno y soporte)

El Equipo de Salud:

El Equipo de Salud es la base fundamental para la organización del trabajo en el Centro de Salud, y está definido a partir de los objetivos y las metodologías de trabajo comunes a sus integrantes, aun cuando tienen profesiones y procedencias diversas. Las acciones de un equipo de salud requieren de la participación y responsabilidad conjunta de sus miembros desde su génesis hasta la evaluación de los resultados obtenidos. No es fácil desarrollar un verdadero trabajo en equipo; a veces se carece de experiencia en dinámicas de funcionamiento, basadas en la asignación de responsabilidades y tareas en función de la propia capacidad competencial del profesional, y no bajo una simple perspectiva estamental vertical.

El funcionamiento del equipo no puede centrarse de forma exclusiva en los profesionales médicos, implica la necesidad de reconocer el papel esencial de todos y cada uno de los componentes del equipo en el desarrollo de las funciones y tareas propias de la APS, y por lo tanto, en la consecución de los objetivos, y la generación y evaluación de los resultados obtenidos.

La orientación comunitaria de la Atención Primaria, y la puesta en marcha de mecanismos de colaboración intersectorial adaptados a las características y necesidades de cada grupo poblacional, forman parte de la definición de la APS plasmada en la Declaración de Alma Ata, y constituyen elementos estratégicos incorporados por el Equipo de Salud, que contribuyen a la corrección de desigualdades y a la mejora de la situación de salud de la población.

“Las prácticas en la Atención de la Salud, resultan una ciencia socio-política enraizada en la historia del hombre y sus grupos sociales, abarcando el análisis concreto de las relaciones de producción que determinan las situaciones sociales, políticas, económicas, jurídicas, religiosas, culturales, que atentan o deterioran las posibilidades del bienestar de la población. La sociedad en su conjunto debe hacer de esto una prioridad, son las víctimas quienes tienen que exigir por el derecho a la salud” Floreal Ferrara

UNA EXPERIENCIA DE APS EN FLORENCIO VARELA



Durante la gestión del Dr. Vicente Ierace como Secretario de Salud en el Municipio de Florencio Varela (1987-1993), se impulsó la creación del Sistema Municipal de Salud SiMuS, inspirado en la propuesta de Sistema Locales de Salud (SILOS) de la Organización Panamericana de la Salud. Con el SiMuS se estableció la normativa para el funcionamiento de los Centros de Salud y del Hospital Municipal Boccuzzi, como componentes de un sistema que se propuso articulado y organizado en niveles y capacidades de resolución. Asimismo, se pusieron en marcha los primeros mecanismos de referencia y contrarreferencia, para la derivación de pacientes desde los Centros de Salud hacia el Hospital Municipal, y desde éste al primer nivel de atención. Para dotar de mayor entidad a la propuesta del SiMuS, la misma fue establecida por una ordenanza municipal.

El SiMuS contempló la Regionalización del Primer Nivel de Atención del distrito en tres Áreas Programáticas, con un promedio de 10 Centros de Atención Primaria. Cada área estaba a cargo de un equipo coordinador, y los Centros de Salud fueron definidos con la función de sede administrativa de las áreas. La idea fue que, a futuro, los Centros de Salud fueran dotados de mayor capacidad resolutoria en la atención ambulatoria (especialidades de interconsulta, servicios de diagnóstico ambulatorio, guardia de emergencias), y adquirieran la denominación de Centros de Referencia Regional (CRR). Las limitaciones económicas del municipio no permitieron concretar esta última iniciativa, pues ello requería de una importante inversión en equipamiento.

En cuanto a los equipos interdisciplinarios, la primera decisión referida a promover nuevos perfiles profesionales en Atención Primaria de la Salud, fue extender doce horas el régimen horario de guardia de las obstétricas del Hospital Municipal Boccuzzi, a fin de que pudiesen desempeñarse en los centros de salud realizando captación y control del embarazo normal, con lo que se logró una importante expansión en la cobertura obstétrica. (Rodríguez, 2019)

Entre los logros del período de gestión del Dr. Ierace en la Secretaría de Salud, se destacó un importante descenso de la mortalidad infantil, basado centralmente en un notable incremento de la cobertura de control de embarazadas en el primer nivel de atención, el cual era realizado por obstétricas, mediante una experiencia que fue pionera en la provincia de Buenos Aires.

El ATAMDOS en Florencio Varela: En el marco del Programa ATAMDOS, en 1988 se pusieron en funcionamiento en Florencio Varela dos equipos de salud, en los barrios de Villa Hudson y Villa Argentina. Esta distribución permitió una mayor y efectiva integración de la propuesta con la gestión local y el resto de los Centros de Salud que no ingresaban al Programa, evitando paralelismos en la conducción. (Rodríguez, 2019). Por otra parte, la Secretaría de Salud tomó las propuestas programáticas y tecnológicas que el ATAMDOS proponía, y las generalizó en la medida de sus posibilidades, poniendo en escala las estrategias centrales del programa

Actividad Individual



Antes de continuar con la lectura, te proponemos que veas el siguiente video sobre el Programa ATAMDOS y reflexiones sobre los conceptos de Centro de Salud, Equipo de Salud y Participación Comunitaria.



ATAMDOS Huellas de futuro

https://youtu.be/EC3ers6W_rk

LA DECLARACIÓN DE ALMA ATA

Al término de la Conferencia de Alma Ata se publicó un documento que reunió todo lo actuado, en el que se define a la Atención Primaria de la Salud como: *“La Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un costo aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo”*

La Declaración final de la Conferencia de Alma Ata tiene 10 puntos principales, los que resumimos a continuación:



- I. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores.
- II. La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable, e involucra de manera común a todos los países.
- III. El desarrollo económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.
- IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria.
- V. Un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad internacional debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida productiva social y económicamente. La Atención Primaria de la Salud (APS) es la clave para conseguir este objetivo.
- VI. La APS se basa en la práctica, en las pruebas científicas y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a través de la participación social, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Es el foco principal del sistema sanitario y su primer nivel de contacto, acercando el máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan.
- VII. La APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades, y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Debería llevar a una mejora progresiva de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados.

- VIII. Los gobiernos deberían formular políticas y planes de acción para establecer la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Esto requiere del ejercicio de voluntades políticas, a fin de movilizar recursos internos y externos.
- IX. La consecución de la salud, por la población de un país, afecta y beneficia directamente a cualquier otro país. Todos los países deberían cooperar para asegurar la APS en todo el mundo.
- X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000 mediante una utilización mejor de los recursos mundiales, gran parte de los cuales se gastan hoy día en conflictos militares.

ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Los **elementos conceptuales básicos**¹ que constituyen la Atención Primaria de la Salud, con independencia del país o comunidad en que se desarrolle, deben garantizar que ésta sea (Zurro, 2011):

INTEGRAL: todos los servicios esenciales necesarios para responder a la mayoría de las necesidades de salud de la población son ofrecidos en la APS, abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisolubles de los procesos de salud-enfermedad-atención.



INTEGRADA: asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.

CONTINUADA Y LONGITUDINAL: desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias...).

ACTIVA: orientada hacia la búsqueda de las necesidades y los problemas de la comunidad, detectándolos en sus fases más precoces, realizada por equipos de salud que no se limitan a la espera pasiva de las demandas.

ACCESIBLE: dirigida a eliminar barreras geográficas, financieras, organizacionales, culturales u organizativas para recibir servicios de salud.

BASADA EN EL TRABAJO EN EQUIPO: el Equipo de Salud, integrado por profesionales y no profesionales (médicos, enfermeros, obstétricas, psicólogos, trabajadores sociales, agentes sanitarios, administrativos, etc.).

¹ Estos componentes se basan en la definición de Bárbara Starfield, tal vez la autora de habla inglesa más importante en temas de APS, quien identificó los cuatro atributos centrales de la APS: accesibilidad, longitudinalidad, integralidad, coordinación. (En Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. 2da edición. Madrid: Masson, 2004.)

COMUNITARIA Y PARTICIPATIVA: enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud, tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria, y contando con la participación activa y constante de los actores implicados.

PROGRAMADA Y EVALUABLE: implica el diseño de intervenciones orientadas a objetivos y metas, a partir de la definición de problemas basada en información local fidedigna, y la aplicación de métodos reconocidos, incluyendo herramientas de evaluación adecuadas para el monitoreo de dichas intervenciones.

DOCENTE E INVESTIGADORA: con capacidad de generación y divulgación de conocimiento específico para facilitar la replicación de la experiencia.

Bajo esta concepción, los servicios de atención primaria deben estar orientados a la comunidad, conociendo sus necesidades de salud, enfocándose en la familia, para evaluar correctamente cómo atender las necesidades de salud de sus miembros, y estar en capacidad cultural para comunicarse y reconocer las necesidades de sus diversos grupos poblacionales.



Actividad Individual

Te proponemos que analices el siguiente video del Programa de Médicos Comunitarios, y respondas en base a lo leído en el texto: ¿Qué relación se puede encontrar entre las acciones de los agentes de salud y la propuesta de Alma Ata? ¿Que elementos conceptuales de la APS se ponen en juego en el video?



PMC EN MZA LAVALLE mpeg

<https://youtu.be/A1hqfcPRp9M>

ENFOQUES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Para definir integralmente el concepto de Atención Primaria de la Salud (APS), es necesario tener en cuenta que esta denominación se aplica comúnmente a tres acepciones diferentes:

- **la APS como Nivel de Atención**
- **la APS como Programa de Actividades**
- **la APS como Estrategia**

En la primera de sus acepciones, **la APS como Nivel de Atención se refiere al Primer Nivel**, cuya ubicación es la más próxima al hogar de las personas de la comunidad, y está representado por los dispositivos conocidos como “Postas Sanitarias”, Centros de Salud, o Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

En la segunda acepción, **la APS como Programa de Actividades**, simplemente hace referencia al diseño de intervenciones específicas de aplicación en el Primer Nivel de Atención.

Sin embargo, **la definición de la APS como Estrategia, es la que mayor desarrollo e implicancias directas en salud ha tenido en los últimos tiempos**. En este sentido, se reconoce como antecedente fundacional la Conferencia Internacional de Alma Ata, realizada en 1978, en la que se establecía: “Existe una Política de Salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la OMS, en 1977, denominada ‘Salud para todos en el año 2000’. En 1978, en la reunión de Alma-Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como Atención Primaria de la Salud (APS), **la que no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud.**”

El modelo propuesto en Alma Ata de Atención Primaria de Salud, fue atacado y rechazado desde el inicio desde sectores de la salud pública, que veían como una amenaza las propuestas enunciadas en la declaración. A los argumentos de la deuda de los países y los programas de ajuste que vendrían posteriormente, se le sumaron algunos sectores que anunciaban que la visión integral de la APS no solo era cara sino poco realista.

Así, un año después, en 1979, la estrategia se redujo a las acciones orientadas principalmente al mejoramiento de algunas condiciones de salud en los grupos de mayor riesgo. Esa nueva mirada se denominó **APS selectiva**, caracterizada por el vaciamiento de contenidos político de la declaración, donde se dejaron de lado las propuestas originales que pretendían la intervención de la economía a favor de la salud por parte de los gobiernos, como también la osada idea de la participación comunitaria en la toma de decisiones.

UNICEF fue clave a la hora de decidir la continuidad del modelo de la Estrategia de APS, o priorizar el modelo de la APS selectiva. Obviamente, elegir la primera postura implicaba establecer una mayor cantidad de problemas y conflictos con diferentes gobiernos y poderes. Es así como se tomó la decisión de seguir por el camino de la APS selectiva, generando un plan de abordaje para los principales problemas que afectaban a los grupos materno – infantiles. Alejarse de la idea central de la estrategia, era una manera de aceptar que las desigualdades no iban a cambiar, sino que formaban parte de la naturalidad con la que se presentarían los hechos.

Siguiendo con los lineamientos de fomentar la supervivencia infantil, dentro del modelo de APS selectiva, en 1983, a sólo 5 años de Alma Ata, se generó el llamado **Plan GOBI**, dirigido principalmente a países del tercer mundo, donde se haría hincapié en:

- **Growth Monitoring** - Monitorización Supervisión del crecimiento
- **Oral rehydration therapy** - Terapia de rehidratación oral
- **Breastfeeding** - Lactancia materna
- **Immunization** - Inmunización

Muchas de estas intervenciones fueron implementadas parcialmente, según los criterios arbitrarios de ministros y gobiernos. Considerando que GOBI pudiera ser demasiado selectivo, al año siguiente UNICEF recomendó el “GOBI-FFF”, una versión un poco más abarcativa donde se agregaban las 3 “F”:

- Female education (Educación Femenina)
- Family Planning (Planificación Familiar)
- Food supplement (Suplementos Alimenticios)

Los Sistemas Locales de Salud (SILOS)

Los procesos de desarrollo que prevalecieron en los países de América Latina y el Caribe durante varias décadas, caracterizados por **profundos cambios en la estructura social, política y económica**, llevaron a situaciones de crisis que se vieron agravadas durante los años 80, lo que llevó a denominar a esta década como **“la década perdida”**. La inestabilidad política, debido a las intermitencias de los gobiernos democráticos interrumpidos por golpes militares, y el deterioro de las economías nacionales con el consecuente empobrecimiento de la población, entre otros factores; llevaron al debate sobre la necesidad de renovar las estrategias de desarrollo, y activar nuevos modos de estimular el crecimiento económico respondiendo al mismo tiempo a las necesidades sociales, incluyendo las demandas en el área de salud.

Frente a esta situación, en 1989 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsó la creación de los **Sistemas Locales de Salud SILOS como una propuesta operativa para lograr la transformación de los sistemas nacionales de salud**, de acuerdo a los principios y valores inherentes a la meta de “salud para todos”; estableciendo que **los SILOS constituyen elementos centrales para la aplicación de la estrategia de APS**.

En este marco, la OPS plantea que **“es imprescindible promover la reorganización necesaria en función de una efectiva descentralización, asegurándose la coordinación requerida. La constitución y el fortalecimiento de la atención a nivel local, sirviendo a una población determinada en un área geográfica definida, debe ser la base para el rediseño y desarrollo del sistema de salud en todos sus niveles de atención y administrativos. La descentralización no implica, pues, el fraccionamiento de los sistemas de salud, sino la interacción sinérgica de sus componentes, la cual vigoriza el todo en función del objetivo esencial: la salud de la población”**.

La propuesta de los SILOS surge a 10 años de ALMA ATA, como una **táctica operativa** de la estrategia de APS

Los SILOS plantean un cambio en el modelo **hospitalocéntrico y biomédico** predominante, que desatiende procesos históricos, sociales, culturales, ambientales y económicos determinantes de la salud.



El objetivo de los SILOS es mejorar la equidad, eficacia y eficiencia de los servicios de salud, mediante cambios profundos en todo el sistema de salud. Estos cambios se basan en los siguientes ejes:

- **Participación social:** Implica la intervención de diversos actores sociales en la identificación y resolución de problemas de salud, no limitándose únicamente a la comunidad, sino también involucrando a otros sectores sociales.
- **Intersectorialidad:** Se refiere al trabajo conjunto de diferentes sectores institucionales y comunitarios en el abordaje de los problemas de salud, a través de dispositivos como mesas locales de salud o consejos locales.
- **Descentralización:** Requiere transferir competencias y poderes a niveles locales de los sistemas de salud, conforme a la estructura jurídica y administrativa del país.
- **Capacitación:** Es esencial la formación continua del personal de salud y de la comunidad, así como de otros actores sociales, para abordar colaborativamente los problemas de salud y respetar los valores y costumbres locales.
- **Investigación:** La investigación en servicios de salud debe acompañar el desarrollo de los SILOS, implicando la participación de efectores de salud, la comunidad y usuarios para mejorar la situación de salud de la población.
- **Reorganización del sector salud:** Implica fortalecer la capacidad administrativa y financiera del sistema de salud para lograr cobertura universal y equitativa.
- **Integración de programas y servicios:** Se basa en un enfoque integral de la atención, evitando la fragmentación por patologías o programas aislados, y promoviendo la coordinación entre diferentes servicios y programas para brindar atención integral a toda la población.

La descentralización en salud

La descentralización en salud, según la OPS (1989), implica un cambio político que redistribuye el poder y los recursos financieros, humanos y tecnológicos a niveles locales. Este proceso busca fortalecer el sistema de salud en su conjunto, permitiendo una operación más efectiva y complementaria de sus partes. Además, facilita la identificación y respuesta a las necesidades locales, así como fomenta la participación comunitaria.

En Argentina, la descentralización inició después de 1955 como un intento de dismantelar el centralismo estatal del período peronista, especialmente en la gestión de la salud por Ramón Carrillo. Sin embargo, este proceso se caracterizó por una transferencia de responsabilidades a las provincias sin un acompañamiento adecuado de recursos ni fortalecimiento de su capacidad de gestión. Posteriormente, en la década de 1960, la descentralización se desarrolló dentro de políticas de ajuste que priorizaban la reducción del gasto central, trasladando responsabilidades a los gobiernos locales sin fortalecer su capacidad de gestión.

La Ley de Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de 1974 intentó redefinir el papel del Estado en salud dentro de un marco centralista, pero con instancias descentralizadas en provincias y municipios a través de áreas programáticas y consejos provinciales. Aunque se implementó en cuatro provincias, fue derogada por la dictadura en 1978.

Durante la dictadura, la descentralización se profundizó, debilitando el papel del Estado Nacional y transfiriendo establecimientos hospitalarios sin los recursos necesarios. Esto favoreció el

desarrollo de un mercado de servicios de salud tecnológicamente avanzado, con un fuerte sector privado.

En la década de 1990, influenciado por instituciones internacionales, como el FMI y el Banco Mundial, el neoliberalismo promovió una "ola de descentralización" en salud. Esta tendencia introdujo modalidades de gestión propias del sector privado, fortaleciendo el subsector privado y fragmentando el sistema de salud, resultando en mayores inequidades.

Aunque la descentralización puede acercar la toma de decisiones a los ciudadanos, esto solo sucede efectivamente si se transfieren recursos y capacidades de manera adecuada desde niveles superiores a locales, y si los niveles centrales mantienen su papel de rectoría y garantía de equidad. Los Sistemas Locales de Salud (SILOS) forman parte del sistema social y favorecen la equidad en salud al incluir todos los elementos relacionados con la salud de la población.



Equidad significa que cada uno recibe lo que necesita. La igualdad, en cambio, implica recibir el mismo trato sin considerar las diferencias.

Igualdad es tener los mismos derechos ante la ley; el derecho humano a la igualdad siempre va aparejado a la no discriminación.

“Un sistema local de salud comprende la articulación de todos los recursos existentes en una zona, para su mejor utilización, adecuación a la realidad local y, sobre todo, para el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad con la población adscrita”.

En la 33ª reunión del Consejo Directivo de la OPS en 1988, se aprobó la Resolución XV para guiar a los países de las Américas en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), con las siguientes características:

- Los SILOS representan una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud, basada en criterios geográficos y poblacionales en áreas urbanas o rurales.
- La delimitación geográfica de los SILOS se determina según las necesidades de la población en términos de daños y riesgos.
- El nivel local tiene la responsabilidad de brindar atención a individuos, familias, grupos sociales, comunidades y el entorno, coordinando recursos de diversos sectores, lo que facilita la participación social.
- En el ámbito local, se integran recursos de salud, como hospitales, centros y puestos de salud, en una red de servicios adaptada a las necesidades de salud de la población.
- La atención de salud local es una parte esencial del sistema nacional de salud y debe ser vista como una unidad organizativa básica completamente articulada al sistema nacional.
- La participación comunitaria es fundamental para el desarrollo del nivel local, estableciendo relaciones de responsabilidad recíproca.

- La infraestructura y la población a cargo del nivel local varían según la realidad de cada país, pero se recomienda una capacidad resolutoria de al menos un segundo nivel de complejidad y una eficiencia en el uso de recursos.
- En el nivel local se articulan programas para abordar las necesidades de la población con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente.
- Se requiere una capacidad tecnológica adecuada para resolver problemas de salud locales, así como una capacidad técnico-administrativa en áreas como planificación, administración, información y epidemiología, con un equipo mínimo de recursos humanos bien capacitados.

Actividad Individual:

Antes de avanzar en el texto, te invitamos a reflexionar sobre lo que has leído hasta ahora para definir con tus propias palabras qué son los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y a pensar en ejemplos relacionados con nuestra realidad local y provincial. Después, te sugerimos que veas el siguiente fragmento de una entrevista a Pedro Castellanos realizada en 2011, donde se abordan conceptos centrales sobre Atención Primaria de Salud (APS), sistema de salud y niveles de atención.



Red de Servicio en Salud. Niveles de Atención

La red de servicios de salud está organizada en distintos niveles de atención para abordar las necesidades de la población de manera eficiente y efectiva:

- **Primer Nivel:** Los Centros de Salud (CAPS) se centran en la promoción y protección de la salud, ofreciendo acciones de prevención y tratamientos básicos para problemas de salud comunes. Estos centros pueden resolver alrededor del 80% de los problemas de salud de la población.
- **Centros de Resolución Intermedia (CRI):** Actúan como referencia para otros centros de salud en una zona determinada, ofreciendo servicios de especialidades más frecuentes y algunos servicios de diagnóstico y emergencias.
- **Segundo Nivel:** Los Hospitales Locales atienden daños menos frecuentes y de mediana complejidad, proporcionando servicios a pacientes derivados del primer nivel y aquellos con urgencias médico-quirúrgicas. Este nivel puede resolver alrededor del 15% de los problemas de salud de la población.

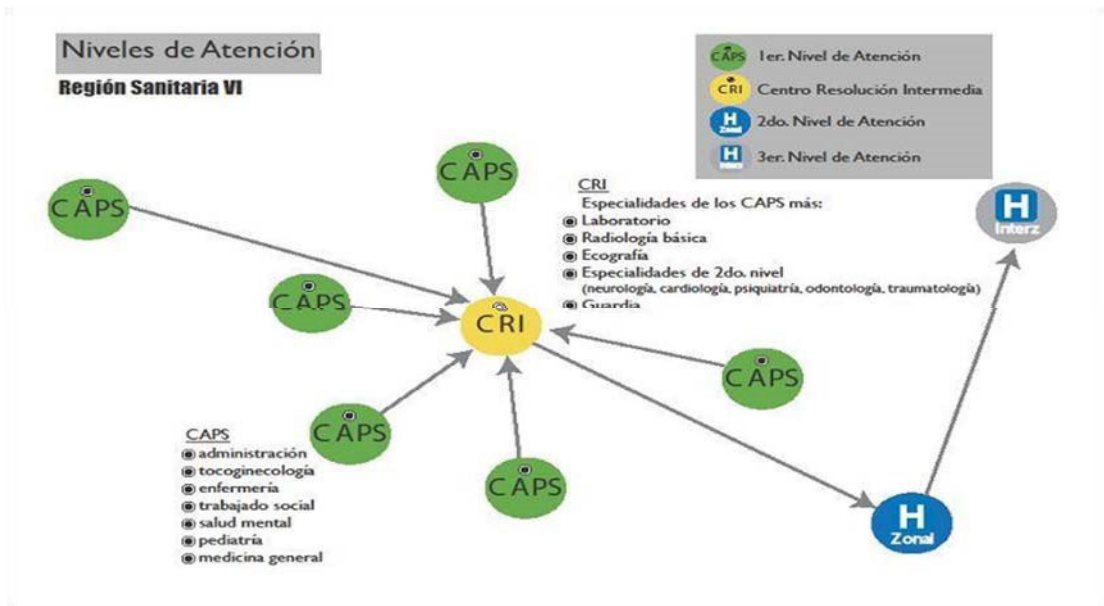
- **Tercer Nivel:** Los Hospitales Regionales se encargan de la restauración y rehabilitación de la salud en casos de alta complejidad, así como del diagnóstico y tratamiento de pacientes referidos por otros niveles de atención. Este nivel puede resolver alrededor del 5% de los problemas de salud de la población

La gestión de la atención en la Red de Servicios implica la articulación entre estos diferentes niveles mediante el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, que facilita la vinculación entre ellos para brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es un conjunto de actividades administrativas y asistenciales que definen la derivación de un paciente de un establecimiento de salud con menor capacidad resolutoria a uno de mayor capacidad, y luego el retorno del paciente al establecimiento de origen para asegurar la continuidad de la atención y cuidado de su salud de manera integral.

Referencia: Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado a un establecimiento de mayor capacidad resolutoria para asegurar la continuidad del servicio.

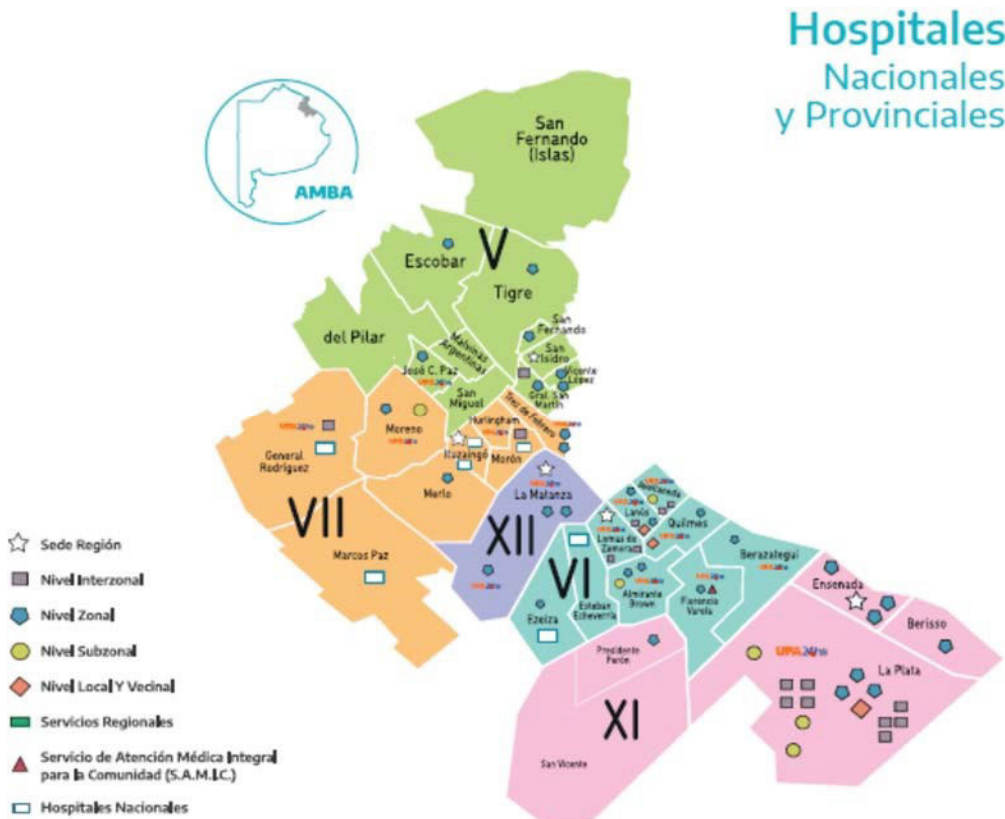
Contrarreferencia: Es la respuesta del especialista al establecimiento de origen del paciente, indicando la atención recibida y, en caso necesario, un plan de tratamiento. Incluye el momento de retorno del paciente al establecimiento de origen y, en su caso, el alta del paciente con un plan terapéutico definido.



Regionalización

La regionalización en salud implica la descentralización de áreas geográficas para mejorar la accesibilidad y cobertura de la población, involucrando tanto a trabajadores de salud como a la

En el Conurbano Bonaerense funcionan cuatro regiones sanitarias: RS V zona norte, RS VI zona sur, RS VII zona oeste y RS XII La Matanza (la última región en agregarse, y la única que abarca solo un municipio); las cuales, junto a la RXI con cabecera en La Plata, conforman las regiones sanitarias del AMBA Área Metropolitana de Buenos Aires.



La **Región Sanitaria VI** es una estructura técnico-administrativa que depende del Ministerio de Salud, y actúa localmente en el Conurbano Sur de la Provincia de Buenos Aires. Esta región es una de las más populosas y extensas de toda la provincia, albergando a una población de 3.747.486 habitantes según censo de 2010, con realidades y entornos sociales muy diferentes. La RSVI está integrada por dos municipios del primer cordón del conurbano bonaerense que limitan con Capital Federal, Avellaneda y Lanús, y siete municipios del segundo cordón del conurbano: Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lomas de Zamora y Quilmes.

Región Sanitaria VI - Red de Servicios.

La red de servicios de la RSVI está integrada por efectores de salud con diferente capacidad de cobertura y nivel de complejidad, pertenecientes a diversas dependencias:

Hospitales Interzonales. Dependencia Provincial:

El hospital interzonal cuenta con un perfil de equipamiento y de Recursos Humanos que le permite cumplir con las acciones de atención de la salud de máxima complejidad. Su área de influencia trasciende el territorio del municipio en el que está asentado, estando disponible para la población de varios distritos.

En la Región VI existen cuatro hospitales de este nivel: Fiorito y Perón en Avellaneda, Evita en Lanús y Gandulfo en Lomas de Zamora.

Hospitales Zonales. Dependencia Provincial:

El hospital zona posee un perfil de equipamiento y de recursos humanos que le permite cubrir las funciones de Pediatría - Obstetricia - Ginecología – Clínica Médica - Clínica Quirúrgica, además de las especialidades que de ellas derivan. Su área de influencia en general abarca preponderantemente un municipio, aunque puede extenderse a otros.

En la Región VI existen en este nivel los siguientes hospitales: Meléndez y Oñativia e n Almirante Brown, Evita Pueblo en Berazategui, Eurnekian en Ezeiza, Narciso López en Lanús, Isidoro Iriarte en Quilmes, Mi Pueblo en Florencio Varela, Hospital de Wilde en Avellaneda

Hospitales Subzonales y Locales:

El hospital subzonal o local cuenta con un perfil de equipamiento básico para cubrir con eficacia las funciones de Pediatría - Obstetricia – Ginecología - Clínica Médica - Clínica Quirúrgica. En la Región VI están incluidos en este nivel el Hospital Melo de Lanús y el Hospital Alende de Lomas de Zamora.

Hospitales Especializados. Dependencia Provincial

Estos hospitales también se denominan monovalentes, es decir, que se dedican solo a una especialidad, a diferencia de los otros hospitales que son de atención general o polivalente, incluyendo distintas especialidades.

En la Región VI existen cuatro hospitales con estas características: Ana Goitía (Avellaneda) de atención Materno-Infantil, Hospital Esteves (Temperley) de Salud Mental, Oncológico (Lanús), Hospital Jorge (Almirante Brown) de Rehabilitación.

Hospitales Municipales:

Los hospitales de dependencia municipal ubicados en la Región VI son el Oller de San Francisco Solano, hospital de atención Materno-Infantil (Quilmes), y el Santamarina de Esteban Echeverría, hospital general o polivalente que cuenta con las especialidades básicas.

Unidades de Pronta Atención. (UPA). Provinciales:

Atienden emergencias. Ubicadas en Lomas de Zamora, Lanús, Avellaneda, Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes.

Régimen Mixto. Dependencia Nacional y Provincial:

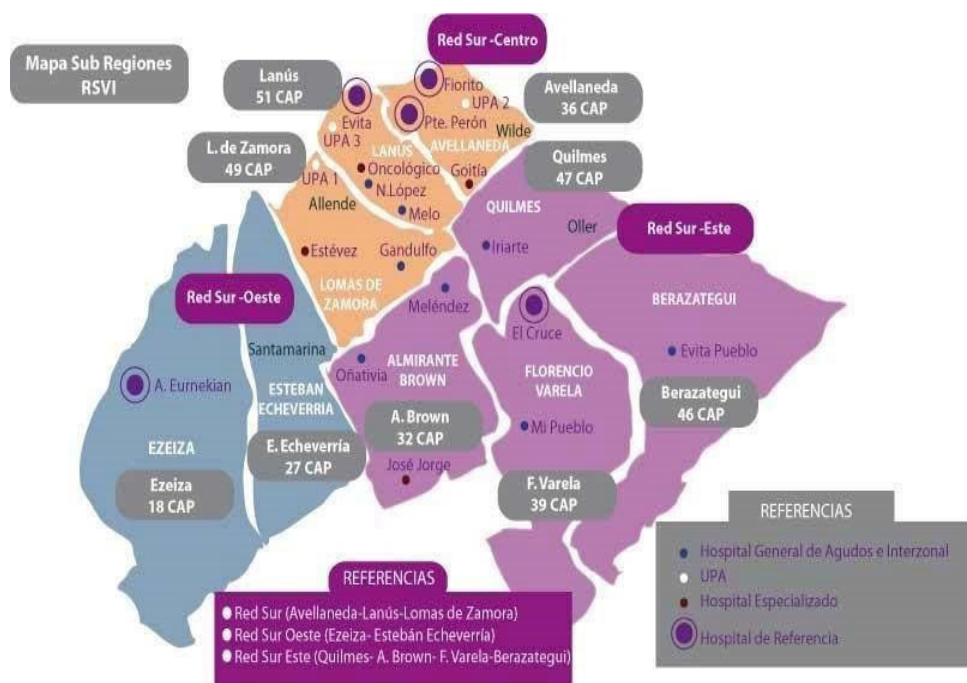
Hospital El Cruce Néstor Kirchner. Alta Complejidad en Red. Este hospital es de gestión mixta, y está dentro de los servicios denominados SAMIC Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad, construidos por el gobierno nacional.

SIES (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias) Dependencia Provincial:

El SIES no sólo se ocupa de la derivación interhospitalaria de pacientes internados en los hospitales de la red, sino que realiza toda la gestión de estudios programados para los pacientes internados, así como los traslados de pacientes críticos en Unidades de Terapia y/o en vía aérea, y es el responsable operativo en eventos con víctimas múltiples y/o catástrofes.

Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Dependencia Municipal:

Los Centros de Salud del primer nivel de atención están distribuidos en los nueve municipios. Son aproximadamente 365 CAPS, todos de gestión municipal.



Región Sanitaria VI – Funciones del Nivel Regional.

Planificación

El ámbito establecido para este fin es el Consejo Regional, que está constituido por los secretarios de Salud y los Directores de Hospitales.

Coordinación e integración de Programas

Está compuesto por la coordinación de los programas Materno Infantil, PROBAS (asma infantil), PROEPI (epilepsia), PRODIABA (diabetes), PROGEMA (cáncer gínito-mamario), Prevención de VIH-SIDA, Inmunizaciones, Vigilancia Epidemiológica, Patologías Crónicas.

Coordinación de la Red de Atención

Está a cargo del SIES VI, en los aspectos relacionados con las Emergencias y las derivaciones por patologías que requieren internación. Existen además coordinaciones específicas para las redes de Atención Perinatal, Neuroquirúrgica y de Salud Mental.

Capacitación de RRHH

Enfermería: A través del Programa Eva Perón, para la formación de enfermerxs terciarias, quienes una vez graduadxs se incorporan a los hospitales de la Región.

Residencias: Abarcan distintas disciplinas de salud, médicas y de otras profesiones.

CEBAS: Es el ciclo especializado en Bachiller de Adultos Orientado en Salud.

Otras Funciones de la Región

Coordinación del acceso a Estudios de Alta Complejidad, Radioterapia, Medicamentos y Oxigenoterapia crónica domiciliaría.



ATENCIÓN PRIMARIA RENOVADA

En el año 2003, al cumplirse el 25° aniversario de la Conferencia de Alma Ata, la Organización Panamericana de la Salud decidió examinar los valores y principios que décadas atrás habían inspirado la Declaración de Alma Ata, a fin de formular sus futuras orientaciones estratégicas y programáticas en APS. Nace así la propuesta de **Atención Primaria Renovada**, fundamentada en los siguientes considerandos:

- ✓ La APS aún hoy representa una fuente de inspiración y esperanza no sólo para el personal de los servicios de salud, sino para la comunidad en general.
- ✓ Los nuevos desafíos, conocimientos y contextos en la Región, hacen necesario renovar y revitalizar la APS.
- ✓ La renovación de la APS supone reconocer el importante papel de la promoción de la equidad en salud y del desarrollo humano.
- ✓ La renovación de la APS exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud (accesibilidad, justicia económica, adecuación y sostenibilidad de los recursos, compromiso político y desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de atención)
- ✓ Las experiencias exitosas en APS demuestran que se requiere una reorientación de los sistemas de salud, mediante un enfoque renovado de la APS, razonado y basado en la evidencia para lograr una atención universal, integral e integrada.

Asimismo, **el mecanismo propuesto para la renovación de la APS es la transformación de los sistemas de salud**, de modo que la APS desempeñe en ellos un papel central. Esto implica que un sistema de salud basado en la APS tiene las siguientes características:

- Supone un enfoque amplio, cuyo principal objetivo es alcanzar el mayor nivel de salud posible, maximizando la equidad y la solidaridad, guiado por los principios propios de la APS tales como: dar respuesta a las necesidades de salud, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e Intersectorialidad.
- Garantiza la cobertura y acceso universal a los servicios, promueve la equidad, presta atención integrada e integral, con énfasis en prevención y promoción, y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, siendo las familias y comunidades la base de la planificación.
- Requiere un marco legal, institucional y organizativo sólido, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Promueve la participación individual y colectiva, las acciones intersectoriales para abordar los determinantes de la salud y la equidad.
- Alcanza resultados mejores y más equitativos, son más eficientes, y logran mayor satisfacción del usuario.



- La reorientación de los Sistemas de Salud hacia la APS requiere un mayor énfasis en la promoción y la prevención.

Por otra parte, el desarrollo pleno de la APS exige prestar especial atención al papel de los recursos humanos, al desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y a la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS. La OPS reconoce que en la Región de las Américas se han experimentado grandes progresos; sin embargo, la sobrecarga persistente de los sistemas de salud y las desigualdades en materia de salud, cada vez más amplias, amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro el progreso hacia un mayor nivel de salud y de desarrollo humano. En este sentido, para la renovación de la APS es necesario apoyarse en el legado de Alma Ata, aprovechando al máximo las lecciones aprendidas y las experiencias acumuladas durante más de un cuarto de siglo, además de reinterpretar y modernizar el enfoque y la práctica de la APS para estar en disposición de afrontar los desafíos del siglo XXI.

DECLARACIÓN DE ASTANÁ: A 40 AÑOS DE ALMA ATA

En octubre de 2018 se realizó en Astaná, Kazajistán, la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud, que tuvo como lema **“Desde Alma Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible”**. La OMS volvió a reunir a los países en un nuevo compromiso mundial para reforzar el concepto de atención primaria, promover la cobertura universal de salud y lograr la concreción de los objetivos del milenio.

En la Declaración de Astaná³ se plantearon las siguientes metas:

- ✓ Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos;
- ✓ Atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión,

respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos;

- ✓ Entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades estén empoderadas y colaboren en el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar;

- ✓ Asociados y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales.



Trabajo Grupal

Para finalizar este tema, les proponemos ver el video sobre los Equipos de Salud de Alta Montaña, y responder grupalmente las siguientes consignas:

³ Ver la declaración completa en <https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud/alma-ata-astana-2018>

- ✓ ¿Por qué podemos afirmar que las actividades presentadas en el video corresponden a la estrategia de APS? ¿Qué atributos de la APS pueden identificar?
- ✓ De acuerdo con lo planteado en la Declaración de Alma Ata, ¿cómo evalúan la experiencia de participación comunitaria presentada?



<https://youtu.be/J0P19Hrz01Y?si=kyskaOdCV8UJVVxn>

BIBLIOGRAFÍA

- Andina L y Doval K.** (2018) Atención Primaria de la Salud ¿Meta o Mito? Ediciones CCC, Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini. Ediciones del Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos www.centrocultural.coop
- Álvarez Pérez, A.G; Rodríguez Salva, A; Fariña, A et al.** (2008) La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria. Revista Cubanad e Higiene y Epidemiología. Número 1, Vol. 46, enero – abril
- Apréaz Ippolito, G.** (2010) La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. Revista Polis No. 27 <https://journals.openedition.org/polis/958>
- Devoto, G** (2013) ATAMDOS un hito en la historia de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. Año 3 No.5. FCS/UBA. http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/18_Devoto.pdf
- Ierace, V.** (2013) El Sistema Nacional Integrado de Salud, hacia una revalorización. Revista Epidemiología y Salud No. 1 pp 31-34 https://www.siicsalud.com/pdf/epidemiologia_salud_1_4_82913.pdf
- Ierace V, López Marsano C., Salas E.** (2016) Floreal Ferrara: la salud en manos del pueblo. Cuadernos del Instituto de Salud No. 2. ICS. Editorial UNAJ <https://biblioarchivo.unaj.edu.ar/mostrar/pdf/scvsdf/erwe/9834776a2fc4e4f66bcee432ddcd68d12979b2c3>
- Jordana, J.** (2002) Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina Casos de Argentina y Bolivia. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC
- Katz, J.; Muñoz, A.** (1988) Organización del Sector Salud: Puja Distributiva y Equidad. Centro Editor de América Latina. CEPAL.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.** (1987) Cuadernillo ATAMDOS. Gobierno del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires. <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec185.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación** (2012) El Derecho a la Salud 200 años de políticas sanitarias en Argentina. <http://cdi.mecon.gov.ar/bases/docelec/fc1416.pdf>
- OMS** (1978) Declaración de Alma-Ata. Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OPS/OMS** (2007) La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud – Washington, D.C. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_AmericasOPS.pdf
- OPS/OMS.** (1988) *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Resolución XV.* HSD/SILOS No 1. Washington D C.
- OPS/OMS.** (1989) Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Washington, DC.
- OPS/OMS.** (1990) Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La Participación Social. HSD/SILOS No 3. Washington, DC.
- OMS** (2018) Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Declaración de

Astaná, Kazajstan <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

OMS (2018) Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Declaración de Astaná, Kazajstan <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphcdeclaration-sp.pdf>

Paganini JM, Chozny AH (1990) Los sistemas locales de salud: desafíos para la década de los noventa. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16697/v109n\(5-6\)p424.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16697/v109n(5-6)p424.pdf?sequence=1)

Rodriguez M. (2019) Vicente Ierace, militante de la salud pública. Cuadernos del Instituto de Salud No. 3. ICS. Editorial UNAJ <https://biblioarchivo.unaj.edu.ar/mostrar/pdf/scvsdf/erwe/b06e093f7175d8cb453b56ecc531829e448654eb>

Tejada Rivero, D. A. (2003) Alma-Ata: 25 años después. <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/tejada.pdf>

Ugalde, A; Homedes, N. (2008) La descentralización de los servicios de salud: de la teoría al a práctica. Salud Colectiva v.4 n.1 UNLa ene./abr. 2008. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652008000100003

Zurro, M.; Jodar Solá, G. (2011) Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. En Atención familiar y salud comunitaria, cap. 1 Elsevier, España. https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf

MATERIALES DE SOPORTE

Programa Médicos Comunitarios “**Alta Montaña – Accesibilidad**”- Dirección de Equipos del Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud de la Nación, 2015 [\(34\) alta montaña medicos comunitarios - YouTube](#)

Programa Médicos Comunitarios “**Agentes Sanitarios en Lavalle- Mendoza**”- Dirección de Equipos del Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud de la Nación, 2015 - [\(34\) PMC EN MZA LAVALLE mpeg - YouTube](#)

VII Congreso de provincial de Medicina General y del Equipo de Salud, 2018 - “**A 40 años de Alma Ata**” – Asociación de Medicina General de la Provincia de Buenos Aires - [\(34\) VII Congreso AMGBA. A 40 años de Alma Ata. - YouTube](#)